NOTICE

SUR LES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr H. RENDU

Né à Paris, le 24 juillet 1844.

PARIS

TYPOGRAPHIE GASTON NÉE

1, RUE CASSETTE, 1

1892

TITRES UNIVERSITAIRES

Bachelier ès lettres. — Juillet 1861.
Bachelier ès sciences. — Juillet 1862.
Licencié ès sciences naturelles. — Novembre 1863.
Externe des hôpitaux (nommé le premier). — 1867.
Interne des hôpitaux. — 1868.
Docteur en médecine. — 1873.
Médecin des hôpitaux. — 1877.
Agrégé de la Faculté de médecine (section de médecine). — 1878.

RÉCOMPENSES UNIVERSITAIRES

Prix de l'externat (1re mention). — 1868.
Prix de l'internat (2e mention). — 1869.
— (Accessit). — 1871.
— (1re mention). — 1872.
— (Médaille d'or). — 1873.
Lauréat de l'École pratique. — 1868.
Lauréat de la Faculté (médaille d'argent pour la thèse). — 1873.
Lauréat de l'Académie de médecine (Prix de 1,000 francs). — 1882.

ENSEIGNEMENT

Conférences d'internat et de Bureau central, de 1872 à 1882.

Cours complémentaire à la Faculté, en qualité d'agrégé, sur les maladies de l'appareil circulatoire. — 1883.

Cours clinique à l'hôpital des Enfants (suppléance du professeur Parrot). — 1884.

Cours complémentaire semestriel à la Faculté sur les maladies de l'appareil digestif. — 1885.

Rappel d'exercice à la Faculté (suppléance du professeur Bouchard). — 1888.

Leçons cliniques hebdomadaires à l'hôpital Necker de 1887 à 1892 inclusivement.

PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

ET

SOCIÉTÉS SAVANTES

Secrétaire de la Société anatomique et rédacteur des *Bulletins* en 1872 et 1873 (collaboration avec MM. Bourneville et Sevestre).

Collaborateur aux *Archives générales de médecine*. — 1869-1872.

Collaborateur à la *Revue des Sciences médicales*, publiée sous la direction de M. le professeur Hayem, depuis sa fondation. — 1873-1892 (40 volumes).

Secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux depuis 1890.

Vice-président de la Société clinique en 1887.

HOPITAUX

Externe. — 1867.
Interne. — 1868-1875.
Médecin du Bureau central. — 1877.
Médecin de l'hôpital de Lourcine. — 1879.
Médecin de l'hôpital Tenon. — 1879-1883.
Médecin de l'hôpital des Enfants (suppléance de M. le professeur Parrot). — 1884.
Médecin de l'hôpital Necker. — 1885-1892.

SERVICE MILITAIRE

Médecin aide-major de 1re classe au 19e chasseurs à pied, armée du Nord. — 1870-1871.

Direction de l'ambulance de la Préfecture de Lille. — Février-mars 1871.

Médecin aide-major de 2e classe de l'armée territoriale. — Octobre 1879.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1. *Leçons de clinique médicale*, 2 volumes in-8 de 500 p. Chez Doin, 1890.

Ces deux volumes sont la reproduction d'une partie des leçons faites à l'hôpital Necker pendant les années 1888 et 1889.

Bien qu'elles s'adressent nécessairement à des sujets fort variés, il a été possible de les grouper en une série de chapitres, suivant qu'elles ont trait aux maladies générales, aux affections cardio-pulmonaires, à celles de l'appareil digestif et du système nerveux.

Je signalerai de préférence, dans les leçons sur les maladies générales, les chapitres relatifs au purpura hémorragique infectieux, à l'artérite typhoïde et à la cachexie palustre.

Dans les maladies pulmonaires, j'ai comsacré une série de leçons aux formes atténuées, abortives de la pneumonie, qui paraissent répondre à une virulence moindre du pneumocoque, par opposition aux formes graves caractérisées par l'état typhoïde.

Les bronchectasies et leurs complications gangreneuses ont été l'occasion d'une leçon sur la pneumotomie et ses indications.

L'histoire des pleurésies purulentes d'origine métapneumonique fait l'objet de plusieurs leçons : l'obscurité des symptômes fonctionnels et l'absence de réaction fébrile y sont mis en relief, ainsi que la nécessité de l'empyème précoce. La pleurésie purulente septique y est également étudiée. Enfin, un chapitre est consacré au diagnostic de la quantité des épanchements pleuraux, question qui a été récemment discutée à l'Académie de médecine, et qui a suscité de nombreuses controverses.

Les maladies de l'appareil circulatoire m'ont fourni l'occasion d'étudier en grand détail les péricardites avec épanchement et les indications de la paracentèse, et d'autre part les adhérences du péricarde aboutissant à la symphyse cardiaque.

Les affections de l'aorte sont passées en revue dans leurs principaux types : aortite aigüe, chronique, angine de poitrine, anévrismes. On pourra lire avec quelque intérêt les chapitres consacrés aux anévrismes de l'aorte thoracique descendante, l'analyse des conditions de latence des symptômes, enfin un cas d'anévrisme

abdominal très soigneusement étudié pendant la vie et vérifié à l'autopsie.

Dans le groupe des affections du foie, je crois devoir signaler les leçons que je consacre à la congestion du foie dans ses rapports avec la cirrhose et avec l'ascite : celle relative aux ictères infectieux connus sous le nom de maladie de Veil. Quelques points spéciaux de l'histoire de la lithiase biliaire sont développés dans une série de chapitres : ainsi les rapports de l'affection calculeuse et du cancer de la vésicule, la sclérose du parenchyme hépatique qui survient à la suite des angiocholites prolongées, même sans ictère, enfin les hydropisies de la vésicule qui conduisent à discuter les opérations de la cholécystotomie et de la résection de la vésicule.

A signaler également quelques leçons de séméiotique intestinale sur les différentes formes de la tympanite et leur valeur diagnostique : l'étude des pyohémies spontanées, à propos d'une ulcération de l'appendice iléo-cæcal accompagnée d'accidents typhoïdes : enfin la pathogénie des hydropisies consécutives aux diarrhées chroniques.

Les maladies du rein ont fourni également quelques points intéressants et assez neufs. La leçon consacrée à la néphrite au cours de la pneumonie a été le point de départ des recherches consignées dans la thèse du Dr Caussade. Les formes latentes sans albuminurie sont opposées aux pyélo-néphrites blennorrhagiques, dont le pronostic est généralement bénin, malgré la proportion souvent considérable de l'albuminurie.

La dernière partie de l'ouvrage est consacrée aux maladies du système nerveux. Quelques leçons me paraissent mériter d'être signalées : ainsi, les rapports de l'atrophie musculaire et de l'atrophie infantile, la paralysie diphtéritique telle qu'elle ressort des récentes découvertes microbiologiques ; la méningite bulbaire consécutive à la carie du rocher ; les formes anormales de méningite tuberculeuse des adultes. Enfin, quelques chapitres sont consacrés à l'hystérie mâle et aux questions d'actualité que soulève l'histoire de cette névrose : ainsi, l'association de l'hystérie avec le tabes, avec le saturnisme, le mercurialisme, fournit des types cliniques complexes, seulement bien connus depuis quelques années. Le tremblement hystérique et ses variétés constitue également une leçon neuve où j'ai exposé mes idées personnelles sur la question.

§ 1.

MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

1. Article « Cœur » en collaboration avec M. le professeur Potain. *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, 1876 (500 pages).

2. Observation de rétrécissement mitral et aortique, avec oblitération de l'artère pulmonaire et dégénérescence caséeuse du poumon. *Bull. Soc. anatom.*, p. 235, 1871.

3. Remarques sur la dégénérescence kystique et puriforme des caillots intracardiaques. *Ibid.*, p. 405, 1872.

4. Aortite chronique, angine de poitrine, rétrécissement excessif des artères coronaires. *Ibid.*, p. 295, 1874.

Cette observation est très probante relativement à la théorie de l'ischémie cardiaque comme cause de l'angine de poitrine, car il n'y avait point de névrite du plexus cardiaque ni d'inflammation du tissu cellulaire avoisinant l'aorte.

5. Embolie du cœur droit, mortelle, consécutive à une thrombose de la veine cave inférieure au cours d'un phlegmon iliaque. *Bulletins de la Société clinique*, p. 30, 1881.

6. Etude d'un cas de rétrécissement non congénital de l'artère pulmonaire avec endartérite végétante. *Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, p. 68, 1883.

Fait remarquable par l'excessive étroitesse du calibre de l'artère pulmonaire, qui n'excédait pas 2 millimètres 1/2 au niveau de la soudure des valvules sigmoïdes. L'infundibulum et le ventricule droit étaient énormes; mais en aval de l'obstacle, la tension sanguine dans l'artère pulmonaire se maintenait également élevée, car

il y avait une dilatation uniforme du vaisseau au-dessous des valvules sigmoïdes, avec une plaque d'endartérite végétante à ce niveau. Le degré excessif de la sténose rendait compte du bruit perçu pendant la vie, le souffle commençant manifestement après la systole, se renforçant pendant le petit silence et se prolongeant pendant la diastole.

Dans ce fait, contrairement à la loi posée par M. Constantin Paul, le poumon resta indemne de tuberculose, la mort survint par urémie.

7. Note sur un cas d'anévrisme partiel du cœur : remarques sur la pathogénie et les symptômes de cette lésion. *Mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux*, p. 455, 1887.

Dans cette observation, l'anévrisme pariétal du ventricule paraissait être la conséquence directe d'une péricardite adhésive partielle qui existait au-devant du cœur. L'examen des artères coronaires n'indiquait aucune lésion d'athérome qui eût pu amener la dégénérescence atrophique du myocarde et l'endocarde était sain. La conclusion de ce fait, au point de vue pathogénique, est que les anévrismes du cœur ne reconnaissent point tous une commune origine, et que si la plupart dépendent d'une myocardite primitive, quelques-uns sont imputables à des lésions de péricardite adhésive, comme le supposait initialement Thurnam.

A un autre point de vue, cette observation offre un réel intérêt. Les symptômes des anévrismes du cœur sont encore fort obscurs : or ici, il en existait deux capables de faire soupçonner, sinon affirmer la lésion. Le premier était la contradiction apparente entre l'impulsion cardiaque forte et le pouls radial faible : le second était la présence d'un bruit de galop spécial, consécutif au claquement des valvules sigmoïdes et franchement diastolique. Ce bruit avait un timbre éclatant et s'entendait de préférence vers la région sternale en se propageant vers l'appendice xiphoïde.

On peut conclure de ce fait, rapproché de ceux publiés par Constantin Paul, que les anévrismes pariétaux se traduisent cliniquement par des bruits diastoliques, répondant à la mise en tension de la poche anévrismale, et aussi par un rythme de galop spécial, non encore signalé, très différent de celui de la néphrite interstitielle.

8. Valeur de l'absence du pouls radial comme signe diagnostique des anévrismes latents de la crosse de l'aorte. *Bull. Soc. Hôp.*, p. 106, 1885.

Le malade qui fait l'objet de ce mémoire était entré pour de la pleurésie avec congestion pulmonaire et des signes obscurs de péricardite. Pendant la vie, on avait constaté une singulière anomalie de la circulation artérielle, consistant dans la disparition du pouls radial et des battements carotidiens du côté gauche. L'autopsie révéla un anévrysme de l'aorte oblitéré par des caillots et une symphyse péricardique ancienne.

L'absence du pouls radial et carotidien n'a pas en soi une valeur pathognomonique, puisqu'elle peut être la conséquence d'une plaque athéromateuse oblitérante, mais l'absence complète de souffle vasculaire et le silence absolu de l'auscultation sont bien plutôt en rapport avec l'oblitération de l'ampoule anévrismale par des caillots qu'avec la dégénérescence athéromateuse de l'aorte. C'est donc là un signe d'une réelle valeur qui à lui seul peut presque faire affirmer l'anévrisme.

9. Péricardite aiguë *a frigore;* paracentèse du péricarde : guérison. *Mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux*, p. 86, 1882.

Relation d'un cas grave et à marche rapide de péricardite avec épanchement, où, après avoir épuisé les moyens médicaux de la thérapeutique, la ponction du péricarde fut pratiquée avec succès et amena l'évacuation de près d'un litre de sérosité.

A ce propos, les signes diagnostiques de l'épanchement péricardique, les indications de l'opération, le lieu d'élection de la ponction sont discutés, statistiques à l'appui.

Contrairement aux préceptes de Roger et de Trousseau, je considère comme préférable de ne pas faire la ponction le long du bord du sternum, car on risque d'intéresser le ventricule droit. Il convient de ponctionner en dehors et au-dessous de la pointe ventriculaire, dont la situation est indiquée par l'auscultation et aussi par l'abaissement de la région diaphragmatique. De cette façon on évite sûrement de léser le myocarde et surtout l'oreillette droite ou le ventricule droit, et on n'est même pas exposé à atteindre la plèvre d'une façon dangereuse. C'est ce procédé qui, appliqué au malade dont il est question, a pleinement réussi et a été suivi de guérison. Suivent des statistiques qui prouvent la valeur de l'opération.

10. Tumeur du médiastin. *Bull. Soc. anatomique*, p. 493, 1874.

11. Des tumeurs malignes du médiastin : revue critique. *Arch. gén. de méd.*, t. XXVI, p. 445-715, 1875.

Les points saillants, mis en relief dans cette revue, et qui alors paraissaient nouveaux, sont les suivants : La plupart des tumeurs du médiastin frappent des individus jeunes et sont constituées par des lymphadénomes. La mort survient presque toujours par coagulation intra-cardiaque, ou suffusions pleuro-péricardiques. Lorsqu'il existe de l'œdème de la face et de la distension des veines du cou et de la face, il n'y a pas uniquement la preuve d'une compression de la veine cave supérieure par la néoplasie, mais thrombose et coagulation intra-veineuse. Ces conclusions s'appuient sur l'analyse de cinq observations avec autopsie.

12. Aortite aiguë guérie par l'iodure de potassium : développement, sous l'influence du traitement, d'un goitre exophtalmique. *Mém. Soc. méd. Hôp.*, p. 220, 1888.

Cette observation est intéressante, parce qu'elle montre chez une jeune femme, habituellement chlorotique, l'association de phénomènes névropathiques et de fluxions vasculaires, et prouve la possibilité d'une dilatation momentanée de l'aorte avec insuffisance valvulaire passagère. Elle met également en relief l'influence curative de la médication iodurée et des révulsifs sur l'évolution de la phlegmasie de l'aorte, qui disparaît complètement au bout de quelques semaines. Mais en même temps que s'atténuent les phénomènes d'aortite et d'angine de poitrine, le nervosisme de la malade s'accentue et fait place à un goitre exophtalmique des mieux caractérisés. L'influence du traitemsnt par l'iodure de potassium paraît indiscutable, et l'auteur rapproche ce fait des phénomènes signalés jadis par Rilliet dans son mémoire sur l'iodisme chronique.

§ 2.

MALADIES DU FOIE

13. Article « Foie ». *Dictionnaire encyclopédique des Sc. médicales*, 1877.

Cet article, qui comprend 800 pages du *Dictionnaire*, est un véritable traité des maladies du foie, qui jusqu'à ces derniers temps est resté l'ouvrage le plus complet paru sur ces matières.

Les chapitres qui ont nécessité le plus de recherches personnelles et qui ont un cachet original sont les suivantes :

Tout d'abord, l'Introduction, qui est consacrée à la pathologie générale du foie, et à la séméiotique des affections hépatiques. Cette étude d'ensemble n'avait jamais été abordée jusqu'alors et constituait, au moment où a paru ce travail, un chapitre entièrement nouveau.

L'ictère grave est également traité d'une façon plus large qu'on ne l'avait fait auparavant. Au lieu de le considérer comme une entité morbide spéciale toujours comparable à elle-même, je l'envisage comme un syndrome commun à une foule d'états pathologiques différents, qui aboutissent tous à la suppression fonctionnelle de la cellule hépatique. Je montre également que pour que l'ictère prenne les allures de l'ictère grave, il faut des altérations concomitantes du rein, et que la mort survient en pareil cas par le fait de l'intoxication combinée due au foie et au rein. Cette manière de voir permet de comprendre les variétés étiologiques et cliniques que présente le syndrome.

Dans le même travail sont exposés les cas d'ictères infectieux bénins qui, depuis, ont été décrits en Allemagne sous le nom de maladie de Veil, et qui se rapportent probablement à des infections atténuées.

Dans le chapitre consacré à l'étude des abcès du foie, la théorie du transport de l'agent infectieux d'origine intestinale, par voie veineuse ou lymphatique, est soutenue comme étant la cause exclusive de la suppuration. Les recherches microbiennes ont depuis pleinement confirmé ce mode pathogénique. De même, le traitement par l'incision et le pansement antiseptique, préconisé dans

cet article dès 1877 comme le procédé thérapeutique de l'avenir, est aujourd'hui couramment appliqué.

L'étude des processus scléreux du foie n'est plus actuellement au courant de la science ; mais pour la première fois, alors, étaient exposées les conditions pathologiques qui par l'irritation des canaux biliaires ou des radicules portes aboutissent à la prolifération conjonctive du foie et à l'atrophie des cellules parenchymateuses. Dans l'histoire de la cirrhose alcoolique, le rôle que joue la péritonite chronique comme facteur de l'ascite est signalé comme prépondérant, et la théorie de l'oblitération des radicules portes battue en brèche. Or, depuis, de nombreuses discussions à la Société médicale des hôpitaux, sur les cirrhoses curables, ont confirmé absolument les vues émises sur cette question de pathogénie.

La syphilis hépatique fait l'objet d'une étude d'ensemble qui comprend toutes les formes de l'infection, depuis la période secondaire jusqu'aux gommes et à la dégénérescence amyloïde : les complications d'ictère grave y sont signalées.

Enfin, un chapitre consacré aux déplacements du foie et à l'affection connue sous le nom de foie mobile, qui depuis a été étudiée par Glénard sous le nom d'entéroptose, était en 1877 entièrement neuf.

Sauf les données nouvelles introduites dans la science par la connaissance des auto-intoxications et les recherches microbiennes, on peut dire que la plupart des chapitres de cet article « Foie » ont peu vieilli et donnent encore une idée exacte de la pathologie hépatique.

14. Tumeurs érectiles du foie. *Bulletins de la Soc. anat.*, p. 126, 1870.

15. Gommes syphilitiques du foie, du cœur et des poumons. *Ibid.*, p. 155, 1870.

16. Syphilis hépatique et rénale. *Ibid.*, p. 328, 1871.

17. Tuberculose généralisée coïncidant avec une cirrhose. *Ibid.*, p. 285, 1870.

Fait intéressant par les difficultés du diagnostic clinique, et aussi au point de vue de la pathologie générale, car à cette époque cer-

tains médecins admettaient l'antagonisme de la cirrhose et de la tuberculose, qui sont au contraire fréquemment associés.

18. Cancer du foie avec pénétration de toutes les branches de la veine porte par la matière cancéreuse. *Bull. Soc. anat.*, p. 176, 1873.

Ce cas offre un intérêt réel, non seulement au point de vue du mode d'envahissement du cancer par pénétration veineuse, mais au point de vue de la théorie générale de l'ascite. Il n'existait, en effet, pendant la vie, chez le sujet de l'observation, aucune trace d'hydropisie péritonéale, malgré l'oblitération en apparence complète de la veine porte. C'est la confirmation indirecte de la théorie que j'ai toujours soutenue, à savoir que dans la cirrhose l'ascite est le fait de l'irritation péritonéale, bien plutôt que de l'obstruction porte.

19. Kyste hydatique du foie communiquant avec le duodénum et s'étant fait jour par le poumon en déterminant de la gangrène pulmonaire et une hémoptysie terminale. *Ibid.*, p. 482, 1874.

20. Diagnostic des kystes hydatiques de la face profonde du foie, accompagnés d'ictère. *Thèse* de Codet, 1881.

Thèse inspirée par une observation d'ictère chronique simulant une cirrhose hypertrophique biliaire et terminée par des accidents d'ictère grave.

21. Alcoolisme subaigu ayant donné lieu à des accidents comparables à ceux de l'ictère grave : lésions d'hépatite interstitielle diffuse à l'autopsie. *Mém. de la Société clinique*, p. 155, 1879.

Observations intéressantes, en ce sens qu'elles sont presque les premières (avec un fait de Lancereaux) où l'on ait signalé l'hépatite interstitielle aiguë diffuse comme lésion de l'alcoolisme chez des tuberculeux. Trois ans plus tard, cette entité morbide a été décrite cliniquement et anatomiquement par Hanot et Sabourin, sous le nom de cirrhose hypertrophique graisseuse des tuberculeux

alcooliques, et depuis elle est devenue classique. Les deux observations que j'ai rapportées à la Société clinique en 1879, surtout la seconde, sont des types absolument nets de cette variété.

22. Kyste suppuré du foie, guéri par une seule ponction aspiratrice. *Bull. de la Société clinique*, p. 267, 1881.

Ce cas m'a paru remarquable; non seulement par la simplicité du procédé thérapeutique et la persistance de la guérison, mais surtout par l'absence de reproduction du liquide purulent. Ce que l'on sait actuellement de l'asepsie de certaines suppurations hépatiques (Laveran et Netter) rend compte aujourd'hui de la possibilité de la guérison définitive de ces abcès après l'évacuation du liquide : en 1881, c'était un fait inexpliqué.

23. Ictère émotif survenu en quelques heures. *Bull. Soc. clinique*, p. 134, 1884.

Les exemples d'ictère émotif authentiques sont fort rares : celui-ci s'est passé sous mes yeux, à l'hôpital, et en moins de vingt-quatre heures la malade qui fait le sujet de l'observation a été atteinte d'une jaunisse généralisée qui s'est dissipée en quelques jours. L'influence morale a été indiscutable : le mécanisme est vraisemblablement le spasme du cholédoque, combiné à l'augmentation de la sécrétion biliaire.

24. De l'influence des maladies du cœur sur les maladies du foie et réciproquement. *Mémoire* couronné par l'Académie de médecine, 1882.

Dans la première partie de ce mémoire, j'examine comment une maladie du cœur confirmée agit sur le foie, quelle lésion de structure elle y détermine, et par quel mécanisme se produit la cirrhose cardiaque. Inversement je recherche comment, au cours d'une maladie de cœur, l'apparition de troubles hépatiques impressionne l'organe cardiaque, et quelles modifications elle imprime à la marche de la cardiopathie.

Dans la seconde partie, je cherche à élucider l'influence pathogénique du foie sur les maladies du cœur. Je démontre d'abord que nombre de désordres, primitivement hépatiques, exerçent un fâcheux retentissement sur les fonctions du cœur, et y développent

certains troubles fonctionnels, dont le plus saillant est l'arythmie. Cette influence peut aller plus loin, et dans quelques cas se produisent de véritables changements de structure aboutissant à la dilatation du cœur et à sa dégénérescence.

La dernière partie du travail est consacrée à la discussion du mécanisme par lequel on doit expliquer cette action pathogénique du foie. Les expériences de Frank, de Lichtheim, d'Arloing et de Morel permettent d'établir que l'excitation partie du foie détermine une contraction vasomotrice des capillaires du poumon, d'où la gêne fonctionnelle du ventricule droit et la fatigue progressive du cœur droit qui finit par se laisser forcer. L'axe réflexe en vertu duquel les impressions hépatiques sont transmises au bulbe et se répercutent vers les poumons et le cœur paraît être le sympathique plutôt que le pneumogastrique.

Dix-neuf observations personnelles confirment les faits cliniques avancés dans ce mémoire.

§ 3.

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

25. Analyse du Mémoire de Lockhardt Clarke sur la structure intime du bulbe. *Arch. gén. de médecine*, t. XIV, p. 97, 1869.

26. Des troubles fonctionnels du grand sympathique, observés dans les plaies de la moelle cervicale. *Arch. gén. de méd.*, p. 286, 1869.

Démonstration clinique de la réalité du centre cilio-spinal. Chez un malade atteint de fracture de la septième vertèbre cervicale, avec attrition de la moelle, la pupille était contractée, la conjonctive injectée, la face et l'oreille vascularisées comme après la section expérimentale du grand sympathique : c'était l'expérience classique de Cl. Bernard réalisée par le traumatisme. Chez un autre malade, les phénomènes étaient inverses, et la pâleur prédominait en même temps que la dilatation pupillaire. Ces phénomènes semblaient en rapport avec l'irritation traumatique de la moelle : il est vrai que

simultanément la plèvre était le siège d'un épanchement sanguin qui contribuait à augmenter la pâleur du malade. Mémoire cité avec éloge par Vulpian dans son *Traité des vaso-moteurs*.

27. Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les paralysies liées à la méningite tuberculeuse. *Thèse* inaugurale, 1873.

Cette thèse, basée sur cinquante-trois observations, dont une quinzaine inédites et personnelles, est le premier travail d'ensemble qui ait été fait sur le sujet. Trousseau avait bien parlé des paralysies qui surviennent au cours de la méningite tuberculeuse, et de leur mobilité, mais sans y insister davantage.

L'étude clinique que j'ai faite de ce syndrome m'a permis de mettre en relief deux catégories de paralysies fort différentes. Les unes passagères, généralement consécutives à des convulsions généralisées, ne laissant point de traces et disparaissant après la cessation du choc cérébral : les autres, plus lentes à s'établir, se produisant à la suite de crampes et de convulsions partielles d'un membre, s'installant sournoisement et ne disparaissant plus. Ces paralysies affectent de préférence les allures d'une hémiplégie ou d'une monoplégie, ou d'une paralysie oculaire, rarement d'une hémiplégie faciale; ce sont tantôt des névrites, tantôt des lésions de ramollissement des centres encéphaliques. Ce ramollissement s'accomplit par le processus mixte de l'endartérite et de la thrombose : l'endartérite étant déterminée par la production de granulations tuberculeuses sur les parois des artères cérébrales (de préférence de la sylvienne), et la thrombose amenant progressivement l'oblitération du vaisseau et la nécrose du tissu encéphalique.

Ces conclusions sont restées vraies dans leur sens le plus général : elles ne sont plus tout à fait exactes, quant à la localisation de la lésion cérébrale qui produit l'hémiplégie. En 1872, les centres moteurs corticaux de l'encéphale n'étaient pas connus, c'est de cette année même que datent les premières expériences de Fritsch, de Hitzig et de Ferrier. On n'admettait que les lésions des ganglions centraux comme cause de paralysie. Les autopsies que j'ai faites à l'hôpital des Enfants répondent à cette dernière variété de faits : mais il est démontré aujourd'hui, contrairement à ce que je croyais alors, que les paralysies, au cours de la méningite tuberculeuse sont plus souvent corticales. Leur mécanisme est bien, du reste, celui que j'ai signalé.

Un autre point de cette thèse, nouveau à cette époque, était les recherches anatomiques que j'avais poursuivies sur la vascularisation des centres nerveux encéphaliques. Comme Duret, qui travaillait de son côté la même question, j'avais trouvé que les corps optostriés recevaient un système de vaisseaux spéciaux, ne communiquant que par des anostomoses rudimentaires avec les artères des autres régions de l'encéphale et de l'écorce. Cette indépendance fonctionnelle des départements vasculaires rendait bien compte des localisations des lésions et de leur médiocre extension. Depuis, les travaux de M. Charcot et de l'école de la Salpêtrière sur les localisations cérébrales, ont confirmé les résultats constatés par Duret et par moi.

28. Recherches sur les troubles de la sensibilité dans les maladies de la peau. *Annales de Dermatologie*, 1874,

Question encore absolument inexplorée à cette date. L'examen de la sensibilité cutanée dans la plupart des dermatoses m'a conduit à d'intéressants résultats. D'abord, elle met en relief certaines affections en relation directe avec les névrites ; tels sont le zona, le pemphigus à petites bulles, certaines dermatites herpétiformes, où, après une phase d'hyperesthésie douloureuse souvent fort prolongée, il se produit une anesthésie définitive et indélébile aux points de destruction des filets nerveux.

A côté de ces dermatoses névrites, il y a des cas, très nombreux, dans lesquels la sensibilité cutanée subit des modifications hors de proportion avec le degré de l'inflammation de la peau. Alors que dans les lésions graves du lupus et de la syphilis les impressions tactiles et thermiques ne sont pour ainsi dire point modifiées, certaines éruptions superficielles provoquent des troubles sensitifs étendus : tels sont, par exemple, l'eczéma, le psoriasis, le pityriasis rubra aigu.

De cette analyse découle la conclusion, maintenant acceptée par tout le monde, mais qui en 1873 semblait singulièrement paradoxale, que la plupart des dermatoses dites constitutionnelles reconnaissent pour condition première une perturbation de la moelle ou des nerfs, que ce sont, en un mot, des maladies du système nerveux, et non de simples affections locales cutanées.

29. Des anesthésies spontanées. *Th. d'agrég.*, 1875, 250 pages.

Travail de séméiologie générale qui n'avait pas été fait jus-

qu'alors. M'appuyant sur les données de l'anatomie et les expériences physiologiques de Türck et de Veyssière, je passe successivement en revue les anesthésies de cause cérébrale, par lésion de la capsule interne, celles d'origine pédonculaire, spinale et névritique, enfin les anesthésies toxiques et névropathiques. Aujourd'hui, bien des conclusions de ce travail seraient à reviser.

30. Hémorragie cérébrale chez une femme enceinte, opération césarienne *post mortem*, avec survie de l'enfant. *Bulletins de la Soc. anatomique*, p. 176, 1870.

Indépendamment de l'heureuse issue de l'opération qui a permis de conserver l'enfant, ce fait soulevait d'importantes questions de diagnostic et de pathogénie. On pouvait se demander si la malade avait eu une crise d'éclampsie, ou une hémorragie cérébrale spontanée, ou une hémorragie à l'occasion d'une crise éclamptique. L'autopsie révéla une thrombose primitive de la veine du corps strié, qui avait été le point de départ d'une hémorragie veineuse au point correspondant.

Ce fait a fourni l'occasion d'une étude assez complète sur les rapports réciproques de la grossesse, de la thrombose et de l'hémorragie cérébrale.

31. Idiotie; méningite cérébro-spinale chronique. *Bull. Soc. anat.*, p. 121, 1872.

32. Méningite aiguë suppurée chez un enfant de deux ans, sans otite antécédente ni maladie infectieuse concomitante. *Bull. Soc. anat.*, p. 157, 1872.

33. Pachyméningite spinale antérieure comprimant le renflement lombaire, myélite diffuse surtout péri-épendymaire. *Bull. Soc. anat.*, p. 598, 1874, avec planche.

Exemple d'une disposition fort rare dans l'histoire des pachyméningites. L'épaississement de la dure-mère était énorme et atteignait plus d'un centimètre de diamètre : la lésion commençait à la région lombaire et englobait toute la queue de cheval, en restant strictement confinée à la moitié antérieure du canal rachidien. La moelle était chroniquement enflammée et sclérosée, d'une

façon diffuse, mais avec le maximum des lésions autour de l'épendyme. La pathogénie des altérations est restée inconnue, la symptomatologie était celle d'une myélite chronique, sans modifications de la sensibilité, avec incontinence d'urine et lésions du décubitus terminales.

34. Des localisations cérébrales corticales. *Revue des Sciences médicales*, VII, p. 329, 1876.

35. Des localisations cérébrales centrales. *Ibid.*, p. 765, 1876.

Revue critique sur les faits cliniques justifiant la doctrine des centres moteurs corticaux et ganglionnaires de l'encéphale.

36. Exagération des réflexes tendineux chez un homme atteint de sclérose en plaques. *Bull. de la Soc. clinique*, p. 77, 1880.

Ce symptôme n'a peut-être pas la valeur que je lui attribuais à cette date ; il est probable, en effet, que le sujet de l'observation était un hystérique atteint de cette variété de tremblement que j'ai signalée, qui simule à s'y méprendre la sclérose en plaques. Cette forme de tremblement n'était pas connue alors.

37. Paralysie ascendante aiguë enrayée dans sa marche et suivie de guérison. *Bull. de la Soc. clinique* p. 245, 1881.

Observation démontrant les excellents effets des émissions sanguines locales répétées le long de la colonne vertébrale dès le début des symptômes paraplégiques.

38. Méningite tuberculeuse cérébro-spinale. *Bull. de la Soc. clinique*, p. 2, 1883.

39. Hydatides du sacrum : paraplégie : distribution spéciale de l'anesthésie. *Bulletin de la Soc. clinique*, 1888.

Le point intéressant de cette observation est la distribution des troubles de la sensibilité, en rapport avec l'innervation du plexus sacré. L'anesthésie occupait le périnée, les régions postérieures de la fesse et de la cuisse, de la jambe et du pied, en laissant intacte

la sensibilité des régions antérieures. Cette topographie des lésions confirme absolument les faits avancés par Thorburn (*Brain*, janv. 1888) et elle avait permis de localiser pendant la vie la lésion, d'ailleurs indiagnostiquée, au niveau de la queue de cheval.

40. Article « Goitre exophtalmique ». *Dictionn. encyclopédique des sciences médicales*, 1881.

Cet article se recommande par de nombreuses recherches sur les troubles viscéraux de la maladie de Basedow. L'ictère, la diarrhée, les phénomènes vaso-moteurs sécrétoires, calorifiques et trophiques : les désordres sensitifs et le tremblement sont soigneusement étudiés, ainsi que les rapports de la névrose avec l'hystérie et l'aliénation mentale. L'article est antérieur à la thèse de P. Marie, qui a définitivement fixé ce point de la science.

Relativement au siège et à la pathogénie de la lésion, je concluais en localisant dans le bulbe l'origine des troubles fonctionnels. C'est l'opinion qui depuis a été adoptée par la plupart des neuro-pathologistes.

41. Sur un cas de glio-sarcome ayant simulé une méningite tuberculeuse. *Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, p. 237, 1878.

42. Intoxication par la vapeur de charbon : paralysie consécutive intéressant la face du côté droit, ainsi que les extenseurs de l'avant-bras et du pied du même côté. *Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, p. 33, 1882.

On croyait, depuis les recherches de Bourdon, que l'hémiplégie due à l'empoisonnement par la vapeur de charbon était liée à une lésion des centres nerveux. L'observation actuelle démontre que le processus toxique s'exerce sur les nerfs : il s'agit d'une névrite typique avec lésions dégénératives musculaires et perte de la contractilité électrique.

Ce point de vue a été confirmé par les travaux de Brissaud : il est d'ailleurs en parfaite concordance avec les accidents de sciatique et les troubles trophiques signalés par Leudet chez les sujets asphyxiés par la vapeur de charbon.

43. Note sur deux cas de paralysie radiculaire du plexus brachial d'origine réflexe. *Revue de médecine*, t. IV, p. 737, 1886.

Les deux observations relatées dans ce mémoire démontrent la réalité de névrites radiculaires développées, non pas sous l'influence d'un traumatisme direct ou d'une intoxication générale, mais à l'occasion de chocs éloignés : dans un cas, il s'agissait d'une ponction pratiquée pour un kyste du foie. Jusque-là, on avait signalé des faits de douleurs et de névralgies scapulaires reconnaissant ce mécanisme pathogénique ; mais on ne connaissait pas de troubles trophiques persistants des nerfs : or, chez mon malade l'affection dura plus d'un an, s'accompagna d'une atrophie des muscles du bras et de l'épaule et mit seize mois à guérir, sans qu'il fût possible d'invoquer une autre influence étiologique.

44. Paralysie hystérique avec hémianesthésie sensitivo-sensorielle à la suite de la compression du plexus brachial pendant le sommeil. *Bull. Soc. méd. des Hôp.*, p. 357, 1885.

Un des premiers faits publiés d'hystéro-traumatisme.

45. Contribution à l'histoire des monoplégies partielles du membre supérieur d'origine hystéro-traumatique. *Archives de neurologie*, n° 41, 1887.

Dans ce travail, j'ai cherché à montrer les associations qui peuvent exister entre les paralysies partielles du membre supérieur et la grande hystérie, depuis les cas où l'hémianesthésie est complète et les stigmates névropathiques évidents, jusqu'à ceux où la parésie sensitivo-motrice se localise à un segment du membre et se montre à l'état isolé, indépendamment de tout indice de névropathie. Une série d'observations montrent tous les degrés et toutes les combinaisons possibles de ces monoplégies encore mal interprétées à l'étranger malgré la vulgarisation en France de ces faits cliniques.

46. Des réflexes tendineux : revue de séméiotique générale. *Revue des Sciences médicales*, t. XIX, p. 321, 1882.

47. Hémispasme facial total chez un hystérique. *Bull. de la Soc. méd. des Hôp.*, décembre 1891.

Chez ce malade, l'hémispasme facial n'existait pas seulement pour le facial inférieur, comme c'est la règle ; mais gagnait également l'orbiculaire palpébral et la circonscription du facial supérieur. Cet homme avait de plus présenté un exemple très net d'apoplexie hystérique, avec les caractères assignés par M. Debove à cette manifestation grave de l'hystérie.

48. Note sur le tremblement hystérique et ses formes cliniques. *Bull. de la Soc. méd. des Hôp.*, avril 1889.

Cette note est consacrée à la description de variétés encore peu connues de tremblement hystérique. J'y démontre que les hystériques n'ont pas seulement des tremblements partiels, plus ou moins accentués, au niveau des membres paralysés ou anesthésiés. Ce n'est là qu'une partie de l'histoire de ces tremblements. Il en est d'autres qui simulent de toutes pièces les grandes névroses, notamment la sclérose en plaques et la paralysie agitante. Ces tremblements intentionnels et spontanés sont plus communs qu'on ne le pense, et la plupart des cas de scléroses en plaques considérées comme guéries appartiennent à cette catégorie. Trois observations personnelles démontrent la réalité de ces types cliniques, en même temps que leur curabilité.

M. le professeur Charcot, dans ses leçons de la Salpêtrière, a confirmé absolument ces faits, en même temps qu'il a complété ma description par d'autres types de tremblement simulant le tremblement sénile, le tremblement mercuriel et le tremblement alcoolique. (Voir *Traité de l'Hystérie* de Gilles de la Tourette, où ce chapitre est fort bien résumé.)

49. De la contracture liée à l'intoxication sulfocarbonée. *Bull. Soc. Hôp.*, nov. 1891.

Discussion d'un cas de contracture générale, localisée en dernier lieu à la mâchoire chez une jeune fille intoxiquée par le sulfure de carbone, et différant notablement de la contracture hystérique.

Des faits analogues, quoique moins probants, ont été signalés par Delpech.

50. Ophtalmoplégie nucléaire au cours du tabes. *Bulletin médical*, p. 253, mars 1892.

A propos d'un tabétique atteint d'ophtalmoplégie nucléaire, j'étudie la valeur diagnostique et pronostique de ce symptôme, ainsi que son mécanisme. D'après l'évolution de ce fait clinique, il s'agit probablement de poussées congestives bulbaires. Le traitement spécifique et les émissions sanguines locales ont amené rapidement une amélioration notable, malheureusement incomplète.

51. Contribution à l'étude des rapports du tabes et de la paralysie générale. *Bulletin de la Soc. médic. des Hôp.*, 10 juin 1892.

A l'occasion d'une communication de M. Raymond qui conclut à l'identité du processus morbide dans la moelle et le cerveau chez les tabétiques et les paralytiques généraux, j'ai fourni deux exemples nouveaux de cette association morbide. Les faits cliniques sont très démonstratifs; malheureusement, je n'ai pu vérifier les lésions anatomiques, les malades ayant quitté l'hôpital

A ce propos, je discute les deux théories émises par MM. Ballet et Joffroy au sujet des rapports respectifs des deux maladies. Les seules divergences qui les séparent de M. Raymond sont purement anatomiques, le premier admettant que les tubes nerveux chez les tabétiques sont primitivement malades, tandis que pour le second ce sont les cellules qui se prennent initialement. L'opinion mixte, en vertu de laquelle cellules, tubes nerveux et vaisseaux capillaires s'enflamment et dégénèrent simultanément, sous l'influence de toxines communes, paraît être la plus rationnelle. Elle conduit à admettre la similitude du processus dégénératif dans la moelle et le cerveau, et par suite les affinités du tabes et de la paralysie générale.

52. Des paralysies pneumoniques. *Thèse* de P. Boulloche, 1892.

Cette remarquable thèse a été faite sous mon inspiration, à l'occasion d'un malade atteint de pneumonie infectieuse et qui, au décours de sa maladie, fut pris d'accidents paralytiques absolument comparables à ceux de la paralysie diphtéritique. Dans la leçon dont fut l'objet ce malade, je groupai un certain nombre de

cas publiés par Macario, Gubler, Stéphan, Carre, et la comparaison de ces faits me conduisit à conclure à la similitude complète avec les paralysies toxiques consécutives aux maladies infectieuses en général. La symptomatologie et la marche de ces paralysies permettent d'affirmer qu'il s'agit de névrites périphériques.

§ 4.

MALADIES GÉNÉRALES INFECTIEUSES

53. Variole coïncidant avec une éruption vaccinale. *Bull. de la Soc. anat.*, p. 159, 1870.

54. Ostéomyélite au cours d'une rougeole. *Ibid.*, p. 60, 1872.

L'enfant était simultanément atteinte de broncho-pneumonie. L'analogie qui rapproche les lésions osseuses et pulmonaires n'était pas soupçonnée en 1872 : aujourd'hui que l'on connaît l'origine microbienne de l'ostéomyélite et la présence fréquente du staphylocoque dans les foyers de broncho-pneumonie, le lien de ces deux lésions est évident.

55. Stomatite ulcéro-membraneuse et nécrose massive du maxillaire. *Bull. Soc. anat.*, p. 440-457, 1872.

Des faits analogues ont été recueillis par Bouchut : mais il s'agissait de nécroses parcellaires, et non d'un séquestre massif comme celui dont il est question dans cette observation.

56. Des éruptions secondaires de pemphigus et d'ecthyma qui surviennent au cours de la variole. *Bull. Soc. des Hôp.*, p. 315, 1881.

57. Du rhumatisme spinal. *Bull. Soc. méd. des Hôpit.*, p. 371, 1880.

Étude de certaines formes de rhumatisme accompagnées d'impotence fonctionnelle, de douleurs en ceinture, de troubles trophiques

abarticulaires, et simulant complètement le tableau clinique d'une myélite.

58. Erysipèle contracté par contagion directe et propagé à tout le tube digestif. *Bull. de la Soc. clinique*, p. 164, 1882.

Les exemples d'érysipèles viscéraux envahissant les voies respiratoires sont relativement fréquents : ceux qui atteignent les voies digestives sont très rares, et leur réalité est même discutée. Le cas actuel tranche la question, et sa netteté ne laisse place à aucun doute. L'érysipèle, contracté par contagion au niveau d'une éraillure à la joue gauche, fait le tour de la tête, puis détermine une stomatite violente : quarante-huit heures plus tard, se complique de vomissements incoercibles, de tympanite abdominale et de symptômes de collapsus, comme dans les péritonites septiques ; finalement, au quatorzième jour, se juge par un phlegmon péri-anal suppuré qui guérit après incision.

59. Article « Goutte ». *Dictionnaire encyclopédique*, 1883.

Article de longue haleine, équivalant à un traité complet de la goutte. L'ouvrage est mis au point de la science et résume fidèlement tous les travaux récents anglais et allemands. Il est surtout fait au point de vue clinique, à l'aide d'observations de la ville recueillies pendant quatre années consécutives.

L'idée mère de cet article est que les dépôts d'urate de soude ne constituent pas nécessairement la caractéristique de la goutte, et ne sont qu'un cas particulier d'une maladie bien plus générale, d'une sorte de diathèse congestive qui se complique d'éléments multiples et conduit à l'artériosclérose. De là l'affinité de la goutte avec une série d'états pathologiques en apparence disparates, quoique en réalité, reliés par des liens de parenté étroits : vices de nutrition aboutissant à l'obésité, à la surcharge et à la dégénérescence graisseuses, ou au contraire aux scléroses viscérales. Comme le rein est particulièrement visé dans ces dégénérations, c'est de ce côté que presque toujours arrivent les complications. Ainsi doivent s'interpréter les cas de goutte remontée et les répercussions viscérales goutteuses, qui appartiennent presque tous à l'urémie.

60. Scrofulose et tuberculose. *Bull. Soc. méd. des Hôp.*, p. 371, 1880.

Dans la discussion soulevée à la Société des médecins des hôpi-

taux à l'occasion de la communication du professeur Grancher sur la scrofule et le tissu scrofuleux, j'ai été conduit à dire que ces deux états pathologiques ne pouvaient être identifiés ni confondus l'un avec l'autre : le tubercule se comporte comme une maladie infectieuse et en quelque sorte parasitaire, tandis que la scrofule est la manifestation d'un état constitutionnel. Je terminai par ces paroles : « La scrofule est le terrain, le tubercule le germe. » Ceci précédait de six mois la découverte du bacille de Koch dans les crachats tuberculeux. Actuellement tous les médecins voient dans la tuberculose une maladie infectieuse, mais la constitution scrofuleuse n'en existe pas moins pour favoriser le développement bacillaire.

61. Rapport sur une observation de prostatite goutteuse. *Bull. Soc. méd. des Hôp.*, p. 189, 1885.

62. Phlegmatia alba dolens chez une chlorotique, embolie pulmonaire ; guérison. *France médicale*, mars 1888.

63. Thrombose de l'artère pulmonaire chez une chlorotique, suivie de mort. *Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, p. 173, 1887.

Ces observations, auxquelles il faut joindre une leçon clinique faite en 1891 à l'hôpital Necker sur le même sujet et publiées dans la *Semaine médicale*, tendent à prouver que certaines formes de chlorose dépendent réellement d'un état infectieux. Dans le dernier cas auquel je fais allusion, d'ailleurs, la culture du caillot thrombosé a été fertile et a montré qu'il s'agissait du streptocoque, source vraisemblable de la coagulation du sang. (Voir la thèse de Vaquez, 1890.)

64. Deux revues d'ensemble sur la fièvre puerpérale, son étiologie, ses formes cliniques et son traitement, d'après les travaux récents. *Revue des Sciences médicales*, XX, p. 740. — XXI, p. 319, 1883.

65. De l'amygdalite infectieuse à pneumocoques. *Bull. de la Soc. méd. des Hôpit.*, mars 1891.

Description d'une variété d'angine tonsillaire érythémateuse

ressemblant objectivement à l'angine dite rhumatismale, et vraisemblablement causée par l'infection pneumococcique. Les conditions d'apparition de la maladie ont de l'analogie avec un début de pneumonie, caractérisé par le frisson initial, la courbature et l'ascension thermique considérable : la défervescence est brusque, l'état général hors de proportion avec les signes locaux. L'affection règne en même temps que les épidémies pneumoniques de printemps, et semble n'être qu'une localisation différente de la même infection. L'étude expérimentale de ces cas a été faite en collaboration avec le Dr P. Boulloche.

66. Angine infectieuse à streptocoques, suppurée, névrite secondaire du phrénique et du pneumogastrique. *Bulletin de la Soc. méd. des Hôp.*, mars 1891.

Observation remarquable par la marche envahissante d'une angine initialement bénigne, qui se compliqua successivement d'accidents laryngés, pulmonaires, gastriques et cardiaques, indiquant manifestement une névrite des différentes branches du pneumogastrique. Quelques jours plus tard, le diaphragme se paralysa à son tour. Finalement, il se produisit une paralysie généralisée des quatre membres qui persista deux mois et guérit, à la façon de paralysies toxiques consécutives à la diphtérie.

67. Méningite et abcès tuberculeux du cerveau, ayant l'apparence du pus phlegmoneux : cultures pures du bacille de Koch. *Bull. de la Soc. des Hôpitaux*, août, 1891.

Fait intéressant et rare, qui montre que le bacille de Koch, dans certaines circonstances, peut devenir franchement pyogène. Les cultures fournies par le pus des abcès encéphaliques étaient en effet exclusivement constituées par des bacilles tuberculeux. Un fait du même ordre a été publié par Fränkel : c'est le seul que je connaisse. M. Chauffard paraît avoir également rencontré un cas analogue, mais sans examen bactériologique.

68. Thrombose des artères iliaques et gangrène des membres inférieurs à la suite d'une pneumonie grippale. *Bull. Soc. Hôp.*, janvier 1892.

L'intérêt de cette communication réside non seulement dans la

gravité et l'étendue de la thrombose, qui a entraîné une gangrène massive des deux membres inférieurs, mais dans les recherches microbiologiques qui ont été poursuivies du vivant de la malade et après sa mort. Les crachats bronchiques et le suc pulmonaire fourmillaient en effet de pneumocoques, qui offraient les caractères décrits par Netter dans l'épidémie d'influenza de cet hiver, et dont l'inoculation à des souris fut constamment mortelle en quelques heures. D'autre part, l'examen des caillots recueillis dans l'artère fémorale et dans les cavités cardiaques ne fournit aucune culture positive; mais, par contre, le caillot de la veine fémorale renfermait des pneumocoques identiques à ceux du poumon, et qui donnèrent des cultures fertiles. Le mécanisme de ces thromboses artérielles n'est peut-être pas, dans ce cas, celui de l'artérite classique; il est possible que la coagulation du sang ait été le premier acte pathologique, sans que nécessairement la paroi artérielle se soit enflammée la première. Ce qui est certain, c'est que la thrombose, en pareil cas, est toujours la conséquence de la présence des microbes charriés dans le sang.

C'est là un nouvel exemple de ces phlébites et artérites infectieuses si communément observées dans la dernière épidémie de grippe.

§ 5.

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

69. Gommes du poumon. *Bulletin de la Soc. anatom.*, p. 156, 1870.

70. Sclérose pulmonaire et dilatation des bronches chez un enfant de 20 mois. *Ibid.*, p. 209, 1872.

71. Hémoptysie tardive chez un phtisique, due à un anévrisme de l'artère pulmonaire ouvert dans une caverne. *Ibid.*, p. 388, 1874.

C'est un bel exemple des anévrismes pulmonaires décrits par Rasmussen, et qui se produisent au niveau des parois des ulcérations pulmonaires, par transformation des tuniques de l'artère en tissu embryonnaire.

72. Angine ulcéreuse chronique, considérée d'abord comme syphilitique, plus probablement de nature scrofuleuse : dilatation des bronches et pneumonie chronique, s'accompagnant pendant la vie de vomiques purulentes et fétides. *Bull. Soc. anat.*, p. 1, 1875.

73. Coexistence d'une pneumonie du sommet droit et d'une pleurésie purulente gauche ; ponction ; guérison à la suite d'une vomique pulmonaire. *Bull. Soc. clinique*, p. 105, 1880.

Cette pleurésie purulente était évidemment en rapport avec la pneumonie, et vraisemblablement reconnaissait pour cause une infection pneumococcique. La guérison à la suite d'une seule vomique concorde avec les conclusions de Netter sur la bénignité relative du pronostic dans la pleurésie purulente à pneumocoques.

74. Pleurésie interlobaire suppurée au cours d'une fièvre typhoïde : présence du bacille d'Eberth dans le pus pleural, empyème, guérison. *Bull. Soc. clinique*, p. 248, 1885.

Indépendamment de la difficulté du diagnostic en pareil cas et de l'intervention heureuse du traitement, ce fait présente un intérêt spécial, c'est en effet l'un des premiers cas où l'on ait constaté chez un typhique la présence du bacille d'Eberth-Gaffky dans un épanchement purulent. Le fait avait même paru assez insolite pour que M. Netter ne l'acceptât qu'avec beaucoup de réserve. Depuis, des cas analogues de pleurésies purulentes avec bacille typhique ont été publiés, et M. Raymond a démontré que dans certaines circonstances ce bacille est bien réellement pyogène.

75. Pleurésie purulente d'emblée ; présence du pneumocoque dans le pus de l'épanchement, empyème, guérison. *Bull. Soc. clin.*, p. 180, 1886.

Exemple classique de pleurésie purulente à pneumocoques, probablement métapneumonique, bien que les symptômes pulmonaires eussent été presque nuls.

76. Pleurésie purulente primitivement gangreneuse. *Bull. Soc. Hôp.*, p. 234, 1879.

77. Pleurésie hémorragique au cours d'une néphrite interstitielle. *Bull. Soc. clinique*, p. 75, 1886.

§ 6.

MALADIES DES REINS

78. Etude comparative des néphrites chroniques. *Thèse d'agrégation*, 1878.

Dans ce travail, j'ai cherché à établir que si les deux types du gros rein blanc et du petit rein contracté constituent des entités morbides absolument distinctes, par contre, ce ne sont que les termes extrêmes d'une série clinique des plus complexes, et que les néphrites mixtes, à la fois interstitielles et parenchymateuses, sont en réalité les plus communes.

Au point de vue de la genèse de la sclérose rénale, je soutiens l'opinion que dans l'immense majorité des cas, celle-ci est d'ordre vasculaire, et consécutive à l'endartérite des artérioles rénales, par opposition aux néphrites ascendantes consécutives aux pyélites et aux cystites, lesquelles débutent par les tubes collecteurs et gagnent secondairement la substance corticale.

79. De l'administration du jaborandi dans certaines variétés de néphrites. *Journal de thérapeutique* de Gubler, 1875.

Dans cette note, je démontre que dans les néphrites parenchymateuses le jaborandi rend souvent des services en provoquant à la fois la sudation et la diurèse. Par contre, dans la néphrite interstitielle, ce médicament s'est toujours montré inefficace et parfois même nuisible.

80. Tuberculisation des voies urinaires, ulcération tuberculeuse de l'urèthre. *Bulletin de la Soc. anatomique*, p. 330, 1875.

La tuberculisation de la muqueuse de l'urètre et du gland est tout à fait exceptionnelle : c'est à ce titre que l'observation précitée offre un certain intérêt.

81. Polyurie avec azoturie, sans glycosurie ; guérison par l'ergot de seigle. *France médicale*, p. 129, 1878.

Exemple de diabète insipide d'origine nerveuse accompagné d'amaigrissement et de perte des forces, par le fait d'une déperdition d'urée considérable. Guidé par des considérations théoriques sur le point de départ bulbaire de l'affection, je prescrivis au malade de l'ergot de seigle à titre de vaso-constricteur, et très rapidement je vis cesser la polyurie. C'est la première fois que ce médicament a été employé dans cette affection.

82. Anasarque aiguë sans albuminurie chez une femme enceinte. *Bull. Soc. clinique*, p. 27, 1883.

83. Deux observations de phlegmons périnéphrétiques traités par l'incision et le pansement antiseptique. *Bull. Soc. des Hôpit.*, p. 71, 1881.

84. Colique néphrétique coexistant avec un engouement cæcal : difficultés du diagnostic. *Bull. Soc. clinique*, 1888.

§ 7.

VARIA

85. Des tumeurs fibro-kystiques de l'ovaire simulant une grossesse extra-utérine. Rapport à la Société anatomique. *Bull. Soc. anat.*, p. 624, 1872.

86. De l'étranglement intestinal par double flexion de l'S iliaque sur elle-même. Rapport sur la candidature de M. Léger à la Société anatomique. *Bull. Soc. anat.*, p. 632, 1875.

Dans ce mémoire est étudié avec soin le mécanisme du volvulus provoqué par double flexion de l'S iliaque, lorsque le mésentère est lâche et l'intestin paralysé. Des expériences sur le cadavre, suivant la position qu'occupent les intestins dans le décubitus, rendent parfaitement compte de cette flexion, qui, pour peu que des gaz

s'accumulent dans l'intestin, aboutit à la torsion complète et au volvulus de l'S iliaque. Suivent cinq observations cliniques où l'obstruction intestinale reconnaissait cette cause.

87. Invagination intestinale simulant une attaque de choléra foudroyant. *Bull. de la Soc. clin.*, p. 62, 1886.

88. Epithéliome de l'œsophage propagé aux ganglions du médiastin; compression du pneumogastrique, tachycardie. *Bull. Soc. anat.*, 1869.

89. Empoisonnement par l'acide phénique. *Bull. Soc. anat.*, p. 159, 1871.

Étude clinique et physiologique complète d'un empoisonnement mortel par l'acide phénique. Recherche de la quantité de poison ingéré, à l'aide de M. Patrouillard, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Antoine.

Cette observation est citée dans le Traité de Tardieu sur les empoisonnements.

90. Description d'un fœtus humain monstrueux de la famille des acéphaliens, avec planche et dissection complète des viscères. *Bulletin Soc. anat.*, p. 352, p. 1875.

§ 8.

MÉMOIRES DE CHIRURGIE

91. Maladies du rachis et de la moelle. *In Traité de Pathologie externe* de Follin et Duplay, 1869.

92. Maladies des fosses nasales. *Traité de Pathol. externe* de Follin et Duplay, 1870.

93. Maladies de la cornée et de la conjonctive. *Ibid.*, 1871.

94. Collaboration au Traité de de Wecker sur les maladies de yeux : traduction de Donders, 1867.

95. Des ostéomes des fosses nasales et des sinus de la face. Revue critique *in Arch gén. de Médecine*, XVI, p. 214, 1870.

96. L'infection purulente devant l'Académie de médecine. Revue critique *in Arch. gén. de méd.*, XVIII, p. 579, 1871.

Dans cette revue, non seulement les théories émises à l'Académie de médecine sont exposées et discutées, mais j'ai hasardé quelques réflexions personnelles qui aujourd'hui sont pleinement vérifiées. C'est ainsi que je disais : Ce n'est pas la présence du pus, mais sa virulence qui crée le danger : c'est par les organismes septiques qu'il absorbe et auxquels il sert de véhicule qu'il va reproduire au sein des viscères, des abcès virulents et septiques comme le foyer primitif. Ces vues s'appuyaient sur les expériences de Ranvier qui colorant le pus avec du vermillon, le retrouvait dans les foyers métastatiques.

Depuis, la doctrine des embolies virulentes a reçu pleine confirmation et si ce mémoire offre une intérêt rétrospectif, c'est que les théories aujourd'hui courantes y sont explicitement indiquées.

97. De la dénomination et du classement des maladies. Revue critique *in Arch. gén. de médecine*, p. 198, 1869.

98. Cancer du testicule généralisé à la colonne vertébrale. *Bull. Soc. anat.*, p. 385, 1870.

99. Sarcome du testicule. *Ibid.*, p. 159, 1871.

100. Kyste du cou. *Bull. Soc. anat.*, p. 171, 1871.

101. Anatomie d'un pied bot varus équin. *Bull. Soc. anat.*, p. 599, 1872.

§ 9.

MÉMOIRES DE GÉOLOGIE

102. Recherches sur les terrains tertiaires des environs de Rennes. *Thèse* pour le Doctorat ès sciences naturelles, 1866.

Paris. Typ Gaston Née, 1, rue Cassette. — 6722.